Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22362381

période, ou son passage à l'état chronique ; et alors ne pourrait-on pas confondre cette collection avec un épanchement pleurétique, avec un hydrothorax ? M. Broussais a dit aussi que l'obscurité des signes de la péricardite vient de ce qu'une foule de maladies qui ont leur siége hors du cœur, peuvent produire, dans cet organe, toutes les altérations de pulsations, tous les troubles de circulation que détermine la péricardite elle-même. Cette obscurité vient encore de la facilité qu'il y a pour le malade et le médecin de confondre les douleurs qui partent du cœur ou de son enveloppe, avec celles qui viennent de la plèvre voisine, du diaphragme, de l'extrémité cardiaque de l'estomac et même des muscles intercostaux qui correspondent au cœur. Je conclus donc, comme je l'ai déjà dit, qu'on ne peut accorder grande valeur aux signes donnés pour l'appréciation de la péricardite.

FIN DES QUESTIONS IMPOSÉES.

N° 94.

10.

# ESSAI

SUR LA

# CATARACTE.

Thèse inaugurale

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 1er AOUT 1838,

PAR


**G. MARTHIENS,**

du Barp (GIRONDE),

*Ex-Chirurgien élève externe des hôpitaux civils de Paris et de Bordeaux; délégué par l'Administration des hospices de cette dernière ville pour donner des soins aux cholériques du 6me arrondissement; membre correspondant de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques de Montpellier;*


**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.**

*Tetigit oculos eorum.....*
*.....*
*et aperti sunt oculi eorum.*
Ev. sec. Mat., c. IX, v. 29 et 30.


MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1838.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

## PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL, *Président*. Anatomie.
N..... Pathologie chirurgicale, opérations et appareils.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN, *Suppléant*. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicologie.
RENÉ. Médecine légale.
RISUEÑO D'AMADOR, *Examinateur*. Pathologie et Thérapeutique générales.

## PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug. Pyr. De CANDOLLE.

## AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUHNHOLTZ, *Examinateur*.
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.
DELMAS fils.
VAILHÉ, *Examinateur*.
BOURQUENOD.

MM. FAGES, *Suppléant*.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

# A MON PÈRE.

*Reconnaissance et amour filial.*

# A MA MÈRE.

*Regrets éternels !!!*

## A MES FRÈRES ET A MA BELLE-SŒUR,

MES MEILLEURS AMIS.

*Gage de la plus sincère amitié.*

G. MARTHIENS.

A MADAME ET A MONSIEUR TAURRATON,

Ex-Notaire de Bourges, Économe du Collége royal de Montpellier.

*Hommage d'estime et de reconnaissance.*

A MON AMI ABEL TAURRATON.

*Souvenir.*

A MM. C. ET J. MUSSOTTE,

DE PARIS.

*Amitié.*

G. MARTHIENS.

# ESSAI

SUR

# LA CATARACTE.

On donne le nom de cataracte (de καταρασσω, troubler, confondre) à l'obscurcissement du cristallin, soit que cet obscurcissement ou opacité dépende de l'altération de transparence du corps du cristallin lui-même ( *cataracte cristalline ou lenticulaire* ), de la membrane qui l'enveloppe (*cataracte membraneuse*), de l'humeur de Morgagni interposée entre le corps du cristallin et la membrane ( *cataracte intersticielle*), enfin de toutes ces parties à la fois ( *cataracte mixte*).

On a encore divisé la cataracte, suivant qu'elle a plus ou moins de consistance, en cataracte *solide*, *caséeuse*, *laiteuse*, etc., etc., etc.

C'est une chose presque incroyable que les variations bizarres qu'a

subies la connaissance du siége de la cataracte dans l'histoire de la science. Hippocrate et la plupart des médecins grecs regardaient la cataracte comme une affection de la capsule cristalline, et étaient, comme on voit, très-près de la vérité; cependant, du temps de Celse, au rapport de Sprengel, on n'avait que des idées fort obscures sur le développement et le siége de cette maladie, que l'on considérait comme une humeur coagulée, ou une membrane existante derrière la pupille. Après Celse, Anthyllus, Ruffus d'Éphèse, Paul d'Égine, Rhazès, Albucasis, Avicenne, etc., etc., eurent connaissance du siége précis de la cataracte, et traitèrent cette maladie par des procédés opératoires rationnels; ce qui n'empêcha pas les chirurgiens qui vinrent après, jusqu'en 1656, d'être dans l'ignorance la plus complète à cet égard, surtout depuis que Galien eut émis l'opinion que le cristallin était le siége de la vision. Comprend-on, par exemple, que Woolhouse, oculiste du roi d'Angleterre, ait soutenu encore, en 1719, que la cataracte consistait en une membrane opaque tendue en avant ou en arrière de la pupille, et qu'il ait déclaré que l'opacité du cristallin était une affection tout-à-fait indifférente à cette maladie? L'erreur à cet égard était si fort enracinée, qu'il a fallu des travaux multipliés, et, en dernière analyse, l'opinion de l'Académie des sciences, par Lapeyronie et Morand, pour constater le véritable siége de la cataracte.

Est-il possible, dans l'état actuel de la science, de déterminer au juste quelles sont les causes capables de produire l'obscurcissement du cristallin et de ses annexes? Il est un fait sur lequel tous les praticiens sont d'accord, c'est que, dans la majorité des cas, la cause de la cataracte reste inconnue. Car il est impossible de l'attribuer à quoi que ce soit de plausible; toutefois on a cru pouvoir établir que certaines professions la faisaient développer, celles surtout qui exigent que les yeux soient constamment fixés sur de petits objets, telles que les professions d'horloger, de graveur, d'orfévre, d'imprimeur, etc., et celles dans lesquelles on est obligé de regarder des objets brillants, telles que celles de verrier, de forgeron, de lapidaire, de cultivateur travaillant au soleil. Beer a prétendu que

ces professions agissaient surtout, pour produire la cataracte, quand la position du corps était telle que le ventre était comprimé, favorisant ainsi l'accumulation du sang vers la tête. J'ajouterai à ces causes l'habitation au voisinage de la mer, des fleuves et des grandes nappes d'eau. M. le professeur Dubrueil, qui a opéré un très-grand nombre de cataractes dans l'île de Corse, pense que la plupart étaient dues à cette dernière cause.

Les lésions traumatiques directes de l'œil et de l'orbite, une contusion, une piqûre pénétrant jusqu'au cristallin, l'introduction d'un grain de plomb dans le globe de l'œil, sont autant de causes de cataractes très-bien constatées; car, dans quelques cas, la maladie s'est développée immédiatement après la lésion.

La cataracte peut se développer à tout âge; mais on l'observe bien plus souvent chez les vieillards que chez les enfants et chez les adultes. Des observations prouvent qu'elle peut être congéniale; il existe, en effet, un très-grand nombre de faits dans la science.

La cataracte est-elle héréditaire? Quelques faits semblent le prouver : en voici un des plus remarquables, que je trouve dans la clinique de Dupuytren, et que je crois devoir rapporter textuellement.

« Une dame, âgée, se présente un jour à la consultation du célèbre chirurgien, accompagnée d'une partie de sa famille. A l'âge de soixante et quelques années, la vue de cette dame commença à se troubler. Dix-huit mois après, les deux cristallins étaient entièrement opaques. L'abaissement de l'un d'eux, pratiqué par M. Dupuytren, ne fut suivi d'aucun accident, et rendit à la malade la faculté de voir, faculté qu'elle a toujours conservée; car, à l'âge de quatre-vingts ans, elle voyait encore très-bien. La cataracte de l'œil opposé n'avait pas été opérée. La vue de la fille commença à s'affaiblir à vingt-huit ans; bientôt elle ne vit plus à se conduire, mais elle distinguait bien le jour d'avec la nuit. Les pupilles étaient mobiles, les yeux sains. A trente ans, deux ans après l'origine de l'affection. M. Dupuytren pratiqua sur un des yeux de cette malade la même opération qui avait rendu la faculté de voir à sa mère; elle eut le même succès. Dix ans après, la vision n'avait éprouvé aucune alté-

ration de ce côté. Encouragée par ce succès, la malade voulut être débarrassée de son autre cataracte. Les journaux avaient retenti des éloges d'un oculiste : elle s'adresse à lui, et l'opération fut faite par extraction. Mais ainsi qu'il arrive, dit le professeur Dupuytren, dans le plus grand nombre de cas, cette opération eut d'autres suites que la première : des douleurs vives, une inflammation intense, mirent un obstacle à la guérison; la cornée devint opaque, et la malade perdit son œil, sans que celui opéré par M. Dupuytren, par abaissement, fût troublé dans ses fonctions.

» Le fils de cette dame, âgé de 17 ans, avait aussi deux cataractes ; il fut opéré par abaissement à l'Hôtel-Dieu, et guérit également.

» Avec celui-ci, la grand'mère conduisit à M. Dupuytren un autre de ses petits-fils dont les cristallins commençaient aussi à devenir opaques, et enfin une petite-fille qui déjà ne voyait plus les objets qu'à travers un nuage, symptôme précurseur de l'opacité du cristallin. Voilà donc la grand'mère, la fille et trois petits enfants affectés de cataracte. »

Ce fait est certainement fort extraordinaire et probant pour l'hérédité de la cataracte ; en voici un autre qui ne l'est pas moins, et qui m'a été confirmé par plusieurs personnes.

Il y a quelques années, il y avait, à l'hôpital St-Éloi de Montpellier, deux infirmiers, frères jumeaux d'une ressemblance parfaite. Ces deux hommes furent affectés presque en même temps de la cataracte ; ils étaient tous deux mariés et avaient chacun un enfant mâle : les deux enfants ont été affectés de la cataracte, tous les deux vers l'âge de trois ou quatre ans.

M. Roux, célèbre chirurgien des hôpitaux de Paris, dans ses leçons cliniques, dit avoir aussi opéré de la cataracte trois frères âgés de trente à quarante ans, nés en Angleterre. Leur père et leur grand-père avaient eu la même maladie, et ils avaient un frère, beaucoup plus jeune qu'eux, déjà atteint de cette affection.

Je crois qu'en fouillant avec soin dans l'histoire de la science, on pourrait trouver encore d'autres faits de la nature de ceux que je viens de rapporter, mais ils seraient certainement en petit nombre

et ne changeraient rien à cette proposition : que la cataracte n'est héréditaire que par exception.

A l'appui de cette opinion, je pourrais citer tous les faits que j'ai eu l'occasion d'observer dans divers hôpitaux de France, et parmi lesquels je n'ai pas trouvé un seul cas de cataracte héréditaire ; mais je pourrais m'appuyer surtout sur les observations faites en Corse par le savant professeur M. Dubrueil, qui n'a pas trouvé une seule cataracte par hérédité sur près de 40 à 50 opérations qu'il a faites dans cette île en l'espace d'un mois.

Il a été constaté qu'une impression morale vive pourrait donner lieu à la cataracte ; mais cette cause agit rapidement comme les lésions traumatiques.

La syphilis, les scrofules, le scorbut, peuvent-ils être considérés comme cause de la cataracte ? Je ne le pense pas : la syphilis et les excès vénériens produisent quelquefois l'amaurose, mais je ne sache pas qu'ils aient produit jamais la cataracte. Cette maladie peut exister cependant avec la syphilis, la maladie scrofuleuse, le scorbut, mais il est très-probable que ce n'est qu'une simple coïncidence.

Actuellement comment agissent les différentes causes que nous venons d'énumérer pour produire la cataracte ?

Est-ce par l'irritation qu'elles portent sur le cristallin et la capsule? Mais cette irritation n'est manifestée par rien, et ne peut être qu'une simple supposition : d'ailleurs toutes les causes que nous avons énoncées ne sont pas des causes irritantes ; et la vieillesse, par exemple, ne peut pas être considérée, je pense, comme une cause d'irritation.

Faut-il se ranger à l'opinion de Beer, qui pense que toutes les causes tendent à produire l'atrophie du cristallin, ou bien à celle plus explicite de Delpech, qui considère cette maladie comme la mort de ce corps lenticulaire ? Sans vouloir prononcer entre ces opinions, je dirai seulement que celle de Delpech me semble la plus spécieuse ; car la cataracte, si fréquente chez les vieillards, peut bien n'être, comme il le dit lui-même (1), qu'un signe de décré-

(1) Précis élémentaire des maladies réputées chirurgicales, t. III.

pitude analogue à celui de la chute des dents par l'effet de l'âge; et chez les enfants et les adultes, que la mort du cristallin par suite d'une constitution maladive et faible, d'une espèce de vieillesse anticipée des organes de la vue.

La cataracte se développe habituellement d'une manière assez lente; elle met quelquefois deux ou trois ans à se former; dans quelques circonstances, elle n'arrive à sa maturité que vers la septième ou huitième année. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on l'a vue se développer presque instantanément; mais les faits de cette nature sont très-rares dans l'histoire de la science.

Ordinairement les malades commencent à s'apercevoir que leur vue s'affaiblit peu à peu, et cet affaiblissement augmente de jour en jour jusqu'à ce que le cristallin devienne entièrement opaque: les choses se passent ainsi quand l'obscurcissement est uniforme sur toute la surface du cristallin. Dans d'autres cas, les malades croient voir devant eux, soit à la lumière la plus brillante, soit à la lumière modérée, des nuages de forme variée, des corpuscules en linéaments, des flocons cotonneux, enfin ce que les chirurgiens ont appelé des *imaginations*. Toutes ces illusions sont placées entre l'objet et l'organe de la vue, et prouvent que l'obscurcissement du cristallin ou de la capsule se fait d'une manière irrégulière.

Rarement la cataracte se développe d'une manière uniforme des deux côtés. Quand elle affecte un seul œil, la maladie peut exister pendant long-temps sans que le malade s'en aperçoive; mais habituellement elle affecte les deux yeux à la la fois; seulement la maladie marche plus rapidement d'un côté que de l'autre.

Les malades affectés de cataractes ne tardent pas à s'apercevoir ordinairement qu'ils voient mieux à une lumière modérée qu'à une lumière vive, ce qui les jette dans une grande perplexité. Il arrive même qu'ils voient encore mieux dans une demi-obscurité, au moment du crépuscule, par exemple. L'explication de ce phénomène est extrêmement simple: elle a été donnée par la plupart des auteurs. Cette particularité tient à ce que l'obscurcissement du cristallin commençant par le centre, et la pupille se rétrécissant sous l'influence

d'une vive lumière, aucun rayon ne peut plus arriver jusqu'à la rétine quand la lumière est intense; au contraire, la rétine recevant des rayons par la circonférence du cristallin, quand les yeux sont soumis à une lumière modérée, le malade voit mieux avec cette dernière condition.

La vue s'affaiblit peu à peu, et le malade finit par ne plus distinguer même les corps volumineux; il arrive, en dernière analyse, au point de ne plus voir du tout; seulement il distingue la lumière des ténèbres, indique habituellement de quel côté vient la lumière, et s'il est plus ou moins rapproché du corps lumineux. Dans le plus grand nombre des cas, la vue se conserve assez du côté le moins affecté pour que le malade y voie encore long-temps à se conduire, tandis qu'il a perdu la vue d'une manière complète du côté qui est le plus malade.

La marche de la cataracte peut varier beaucoup suivant sa nature : c'est ainsi que, dans la cataracte cristalline, cette marche est uniforme et régulière; qu'elle peut présenter des bizarreries fort extraordinaires de temps et de symptômes quand elle est membraneuse; et qu'enfin, elle est plus prompte quand c'est l'humeur de Morgagni qui se trouble.

La cataracte peut se compliquer d'amaurose, de douleurs habituelles et fixes d'un côté de la tête, de glaucôme, d'inflammation chronique ou aiguë des paupières, d'une ou plusieurs parties du globe de l'œil, de taches de la cornée, d'adhérences de l'iris au cristallin, et par conséquent de déformation de la pupille, etc. Toutes ces complications peuvent rendre le diagnostic plus ou moins difficile.

La cataracte est habituellement très-facile à reconnaître et à distinger de toutes les complications que je viens de mentionner. La pupille, d'ordinaire noire chez tout le monde, a pris une teinte plus ou moins blanche; au reste, voici les principales variétés de colorations que le cristallin peut présenter :

1° Blanc mat uniforme dans toute la surface.

2° Blanc brillant, argenté, avec des fibres radiées du centre à la circonférence.

3° Blanc nuageux confus, irrégulier, plus ou moins intense.

4° Blanc nuageux avec stries d'un blanc très-vif formant des figures plus ou moins bizarres.

5° Jaune au centre, se fondant avec le blanc nuageux ou brillant à la circonférence.

6° Jaune dans la presque totalité de la surface du cristallin.

7° Verdâtre, couleur plus intense au centre qu'à la circonférence.

8° Verdâtre, coloration plus intense à la circonférence qu'au centre.

Je ne dirai rien de la prétendue cataracte noire : il est évident qu'à cet égard, il y eu erreur ou dessein de mystification, et que, dans ces deux suppositions, il s'agissait de l'amaurose.

Quant à la consistance de la cataracte, quoiqu'on ait senti de bonne heure l'importance qu'il y avait à pouvoir la déterminer d'avance, on a probablement éprouvé de si grandes difficultés pour arriver à ce but, qu'aucun écrivain ne paraît s'être occupé de cette question. Voici toutefois quelques données générales résultant des observations faites en Corse par M. le professeur Dubrueil.

1° Les cataractes foncées, verdâtres, jaunes, blanc mat uniforme, sont consistantes.

2° Les cataractes blanc, brillant, argenté, à fibres radiées, sont habituellement molles, comme pulpeuses ; elles sont dures quand elles présentent çà et là quelques taches brunes ou jaunes.

3° Les cataractes blanc nuageux, confus, irrégulier, sont habituellement aqueuses.

4° Les cataractes vert d'eau léger, à teinte de glaucôme, sont aussi ordinairement aqueuses.

Mais le diagnostic de la cataracte n'est pas toujours aussi facile que je l'ai d'abord indiqué. C'est surtout quand la maladie est commençante qu'il peut être difficile de la distinguer de l'amaurose ou du glaucôme ; car l'obscurcissement léger du cristallin se confond avec toutes les teintes que la pupille présente dans ces deux dernières maladies, et même qu'elle présente en beaucoup d'autres circonstances, quand elle est soumise à une lumière mal calculée.

On n'avait eu jusqu'à présent, comme moyen de diagnostic, dans

ces cas difficiles, que la considération des symptômes de l'amaurose et du glaucôme à mettre en opposition avec ceux de la cataracte; mais outre que quelques-uns de ces symptômes sont communs, il arrive aussi quelquefois que l'amaurose et le glaucôme se joignent à la cataracte comme complication, ce qui augmente encore la difficulté du diagnostic.

M. Sanson a rendu un véritable service à la science en la dotant d'un nouveau moyen de diagnostic pour ces cas difficiles. Ce savant chirurgien est arrivé à la découverte de ce moyen en examinant les yeux avec une bougie. Il a d'abord constaté :

1° Que, dans les yeux où la cornée transparente et le cristallin étaient sains, la flamme de la bougie était reproduite en trois images placées l'une au-devant de l'autre dans le globe;

2° Que de ces flammes deux étaient droites et la moyenne était renversée;

3° Que la plus antérieure était la plus grande et la plus visible, et qu'elles diminuaient de volume en allant d'avant en arrière;

4° Que la flamme moyenne était la plus mobile des trois, sous l'influence du déplacement de la lumière;

5° Que, quand le cristallin était opaque, on ne voyait que la flamme la plus antérieure; qu'il en était de même lorsque la cristalloïde antérieure était obscurcie;

6° Que lorsque la cristalloïde postérieure était opaque, on voyait encore les deux flammes droites. Il est évident, d'après cela, que la flamme antérieure droite est formée par la cornée, la postérieure droite par la cristalloïde antérieure, et la moyenne renversée par la cristalloïde postérieure; on s'est assuré d'ailleurs de cela sur des yeux artificiels;

7° Que, dans le cas d'amaurose et de glaucôme, on pouvait distinguer facilement les trois flammes.

Une partie de ces faits ont été constatés par M. Sanson sur l'homme physiologique, une partie sur des malades, et enfin sur des yeux artificiels. MM. les professeurs Serre et Lallemand ont refait les mêmes expériences à l'hôpital St-Éloi, et en ont reconnu l'exactitude. Ce

nouveau moyen de diagnostic est donc acquis à la science, et peut dispenser de plus longs détails pour la constatation de la vérité dans ces cas difficiles.

Je n'insisterai donc pas sur les particularités relatives à l'état de la pupille dans l'amaurose et dans la cataracte; sur l'existence ou la non-existence des douleurs de tête antécédentes dans l'amaurose; sur la couleur vert glauque de la pupille et du fond de l'œil qui distingue le glaucôme, etc., etc., tous moyens de diagnostic bien connus.

J'observerai toutefois que le procédé de diagnostic de M. Sanson exige qu'on s'en occupe, et qu'on en fasse une espèce d'éducation; les deux flammes postérieures sont assez difficiles à distinguer d'abord; mais peu à peu, avec de l'habitude, on parvient à les voir de suite et facilement.

Le pronostic de la cataracte ne peut pas être déterminé d'une manière générale; il n'y a peut-être pas de maladie pour laquelle le praticien soit plus souvent obligé, pour établir les chances à venir, de mettre à contribution ses lumières et son jugement.

Toutefois on peut bien augurer de la maladie :

1° Quand la cataracte existe sans aucune des complications que j'ai mentionnées;

2° Quand les yeux sont beaux, à fleur de tête et sans déformation, qu'ils ne sont pas trop sensibles à la lumière ou au moindre contact des corps étangers;

3° Quand la perte de la vision s'est opérée lentement et dans des rapports évidents de corrélation avec l'obscurcissement du cristallin;

4° Quand les pupilles se contractent et se dilatent suivant l'intensité de la lumière, et que le malade, malgré l'opacité complète des cristallins, distingue encore la lumière des ténèbres.

5° Quand les cataractes sont arrivées à l'état de maturité, et qu'il est possible de diagnostiquer qu'elles seront consistantes. Cet état de la cataracte est de la plus haute importance, quelque méthode opératoire que l'on emploie; car, même dans l'abaissement, la dureté du cristallin est une condition extrêmement favorable pour l'opération;

6° Enfin, quand le malade se trouve dans des conditions physiologiques et hygiéniques convenables pour l'opération et pour ses suites.

Au contraire, il faut porter un diagnostic fâcheux quand l'œil ou les yeux à opérer présentent avec la cataracte les complications suivantes :

1° Inflammation habituelle, aiguë ou chronique des yeux ou des paupières ;

2° Inflammation de l'iris, adhérence de cette membrane au cristallin, déformation de la pupille ;

3° Douleurs habituelles de tête, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, tantôt des deux côtés à la fois ;

4° Immobilité de la pupille soumise à l'influence d'une lumière variée ;

5° Sensibilité excessive des yeux, qui s'enflamment par la moindre cause ;

6° Vision complètement abolie, impossibilité de distinguer la lumière des ténèbres.

Plusieurs questions se rapportent encore au pronostic de la cataracte ; car de leur solution, et par conséquent de l'adoption d'un principe plutôt que d'un autre, dérivent des chances plus ou moins favorables au succès de l'opération.

1° La cataracte existant des deux côtés, faut-il opérer un seul œil ou les deux yeux à la fois ?

Les opinions des chirurgiens sont partagées à cet égard : les uns prétendent qu'opérer les deux yeux à la fois, c'est doubler les chances du développement des accidents consécutifs ; qu'on est toujours à temps à opérer l'œil qui reste quand la vision s'affaiblit dans celui qui a été opéré, ou quand le malade ne voit pas après la première opération. Dupuytren n'opérait qu'un seul œil, et disait, dans ses leçons, qu'il avait été conduit à cette pratique par des observations multipliées et sur une longue expérience des deux façons d'agir.

Les autres objectent que l'œil qui reste inopéré perd bientôt les facultés de voir pour peu qu'il se passe de temps, et que c'est à tort qu'on a cru que cet œil était un organe en réserve pour l'a-

venir ; que d'ailleurs on avait exagéré l'augmentation des chances d'accidents par la double opération.

Il me semble que, dans cette circonstance comme dans bien d'autres, la question ne devrait pas être décidée d'une manière générale ; car ici il y a lieu, selon le précepte de Beer, de se conduire différemment suivant les circonstances. C'est ainsi que lorsque on a à redouter le développement d'accidents par une des causes que j'ai mentionnées dans le pronostic, il convient de n'opérer qu'un seul œil ; au contraire quand les choses se présentent d'une manière franche, que la cataracte est exempte de toute complication, il peut être indifférent d'opérer les deux yeux à la fois ou de n'en opérer qu'un seul. Il est bien vrai qu'avec un seul œil le malade peut voir à se conduire, même à travailler, etc., etc. Mais pourquoi ne pas le faire jouir de la plénitude de ses fonctions ? Je conviens que, pour rendre la vision complète, il ne faut pas exposer le malade à la perdre en totalité ; mais c'est aussi pour cela que je n'adopte cette double opération que lorsque la cataracte est sans complication, et que l'on peut prévoir qu'il ne surviendra pas d'accidents.

Faut-il opérer dans les cas où un seul œil est affecté de cataracte ? Maître-Jean, Wenzel, Richter, etc., pensaient qu'il était toujours convenable d'opérer l'œil malade, et citent des observations remarquables de succès dans ces sortes de cas : toutefois Dupuytren, MM. Lallemand et Sanson sont d'un avis contraire ; et je crois que c'est à cette dernière opinion qu'il faut se ranger. Pourquoi, en effet, compromettre un œil sain et fonctionnant bien, en vue du rétablissement de l'œil cataracté, par une opération chanceuse ? Il n'y a indication réelle d'opérer que lorsque l'œil qui reste au malade pour la vision n'est pas complètement sain, qu'il l'éclaire seulement pour le conduire, et ne lui permet de se livrer à aucune espèce de travail.

Il est des cas dans lesquels il y a si peu de chances de réussite, que l'on s'est demandé s'il fallait tenter l'opération, ou bien abandonner le malade à son malheureux sort.

Je citerai, par exemple, le cas de l'immobilité des deux pupilles, celui dans lequel le malade ne distingue pas absolument la lumière

des ténèbres, surtout quand à ces deux circonstances se joignent des douleurs de tête antécédentes. Eh bien ! je pense qu'il convient même dans ce cas fâcheux, de tenter la dernière ressource de l'opération ; toutefois il convient que le chirurgien mette sa réputation à couvert en prévenant la famille et les amis du patient des chances malheureuses que présente l'opération. Il est arrivé, dans quelques cas de cette nature, qu'un succès inespéré couronna l'entreprise de l'opérateur ; et c'est pour cela qu'il convient toujours de tenter l'opération qui est habituellement très-simple, et ne peut, en aucun cas, mettre les jours du malade en péril.

On s'est encore demandé, pour les cas de cataracte de naissance chez les enfants :

1° S'il convient d'opérer immédiatement ?

2° S'il fallait différer jusqu'à un âge assez avancé, pour que le malade eût conscience de sa position ?

3° Ou enfin, s'il ne valait pas mieux retarder jusqu'à l'âge de deux ou trois ans, pour opérer sur des yeux plus volumineux, moins mobiles, et agir sur des tissus moins friables : c'est, je crois, le parti le plus raisonnable dans ces circonstances ; car attendre plus longtemps, c'est exposer le malade au danger de perdre la vision qui peut s'abolir par défaut d'usage ; et dans le cas où la vision serait conservée, ce n'est pas une chose indifférente de laisser un homme dans l'ignorance du monde extérieur jusqu'à cette époque, ce qui le jette dans un état voisin de l'idiotisme, comme l'expérience le démontre. Opérer après la naissance, c'est s'exposer aux inconvénients que j'ai signalés (1).

---

(1) Je ne puis résister à citer en note un passage de l'ouvrage de Delpech (*Précis élémentaire des maladies réputées chirurgicales*), relatif à l'anatomie pathologique de la cataracte, qui n'est pas facilement susceptible d'analyse, question qui a été généralement négligée par les auteurs.

Après avoir établi que la cataracte est une altération de couleur, de consistance et même de volume du cristallin et de ses annexes, Delpech ajoute :

Avant d'en venir aux opérations que l'on pratique pour délivrer le

---

« Dans le cas de cataracte, le cristallin perd sa transparence en paraissant acquérir une couleur blanche, gris perle, vert de mer, jaunâtre ou brun plus ou moins foncé. Dès le principe de la coloration, le centre du cristallin semble prendre plus de densité; mais sa périphérie devient molle et comme déliquescente; elle paraît se convertir en flocons blanchâtres qui demeurent suspendus dans une petite quantité de sérosité autour du cristallin et de l'intérieur de la capsule. Plus la maladie est ancienne et avancée, plus la quantité de cette matière pulpeuse ou floconneuse augmente, et plus aussi le volume du cristallin est diminué. Si, après avoir retiré cet organe de son enveloppe, on le lave légèrement, ou seulement si l'on essuie sa surface, on enlève sans violence une couche plus ou moins épaisse de cette même matière, et le cristallin qu'elle recouvrait paraît alors plus petit, transparent, ayant conservé sa forme propre, exempt de toute autre coloration que le jaune d'ambre qui lui est si commun, et réfractant les rayons de la lumière comme dans l'état naturel. Il est des cas où la cataracte étant plus ou moins ancienne, le cristallin est réduit au douzième de son volume, tout en conservant toutes ses propriétés naturelles, tandis que la capsule qui le renferme n'en est pas moins remplie, paraît même distendue outre-mesure. Dans d'autres cas, le cristallin a totalement disparu, et la capsule, remplie par une matière blanchâtre ou lactescente, se rapproche de la forme sphérique, chasse l'iris en devant, s'engage même quelquefois dans la pupille, et fait une saillie plus ou moins marquée en avant de cette ouverture. » Enfin, le célèbre chirurgien de Montpellier a vu des cas dans lesquels le cristallin a rompu sa membrane, s'est réduit lui-même en fragments, et a été absorbé. J'ai déjà dit que ces cas étaient rares.

Quant aux altérations de la capsule cristalloïde, voici ce qu'en dit l'auteur du précis des maladies réputées chirurgicales.

« La capsule cristalloïde perd quelquefois sa transparence, ou éprouve d'autres lésions, en même temps que le cristallin subit l'une de celles que nous venons de décrire; mais, dans d'autres cas, elle demeure intacte, ou elle éprouve diverses altérations, tandis que le cristallin conserve son état naturel. » .....

.....

..... « Après l'extraction du cristallin opaque ou transparent, la netteté de la pupille peut être manifestement altérée par des lambeaux membraneux, blanchâtres, déchirés dans divers sens, adhérents vers le limbe

malade de la cataracte, et lui rendre la vue, le praticien est obligé de s'occuper de certaines précautions indispensables, de faire subir au malade des préparations qui assurent, dans beaucoup de circonstances, le succès du traitement.

Une des précautions qui nécessite la plus grande considération, c'est celle qui se rapporte au temps et à la saison. Un temps calme et serein, une saison tempérée, telle que le printemps, le commencement de l'été et l'automne, sont très-convenables au succès de l'opération de la cataracte. Il y a long-temps que les praticiens ont constaté ces influences par des observations multipliées. Tout le monde connaît l'influence fâcheuse d'un orage survenant après l'opération de la cataracte. Dans ces circonstances, le développement d'accidents inflammatoires et nerveux est presque inévitable. M. le professeur Dubrueil avait opéré le même jour, à Ajaccio (Corse), six malades placés tous dans une petite salle de l'hôpital; un orage survint le soir contre toute attente, et tous les six furent atteints d'accidents inflammatoires plus ou moins intenses; heureusement il fut possible d'arrêter leurs effets avec les antiphlogistiques et les dérivatifs ordinaires.

Une autre précaution que je crois d'une grande importance aussi, c'est de constater d'avance autant que possible l'état de complication du cristallin. J'ai présenté quelques données à cet égard, d'après les observations faites en Corse par M. le professeur Dubrueil; mais ordinairement le chirurgien possède, en outre, à part lui, pour arriver à ce résultat, des moyens dont il se rend à peine compte, qui tiennent à l'habitude qu'il a de voir, et par lesquels il arrive presque toujours à reconnaître cet état de mollesse ou de dureté du cristallin.

---

tracé par les procès ciliaires. » .....

.....

« On a vu aussi cette même membrane solidifiée et formant une véritable calotte osseuse plus ou moins imparfaite, le cristallin ayant conservé son état naturel. Telle était peut-être la nature de tous les faits où il est question de cataracte osseuse. »

La connaissance de l'état de consistance de la cataracte peut conduire à adopter une méthode opératoire plutôt qu'une autre, ou à en rejeter une irrévocablement; et, comme je l'ai déjà énoncé, elle peut permettre d'établir d'avance si l'opération aura des résultats prochains ou éloignés, et de déterminer, jusqu'à un certain point, les chances que le malade a de voir ou de ne pas voir par l'opération.

Plusieurs chirurgiens font subir aux malades qu'ils doivent opérer de la cataracte un traitement préparatoire. Quelques jours avant l'opération, ils saignent le malade plus ou moins abondamment, suivant qu'il est plus ou moins pléthorique, et donnent un laxatif le lendemain; il en est même qui font poser, avant l'opération, un vésicatoire ou un séton à la nuque. Mais cette dernière précaution me semble exagérée et plus propre à déterminer des accidents qu'à les prévenir, en accélérant la circulation générale et celle de toute la tête en particulier.

Il convient aussi, avant de pratiquer l'opération, de dilater la pupille et de découvrir le cristallin dans toute sa surface. On se sert pour cela d'une dissolution concentrée d'extrait de belladone dont on humecte les yeux, les paupières, le sourcil même huit ou dix heures avant d'opérer. Il est des malades chez lesquels la pupille se dilate avec difficulté, et sur les yeux desquels il convient de poser de la belladone en dissolution plus concentrée, vingt-quatre ou trente-six heures avant l'opération. Il ne faudrait pas cependant arriver à une dilatation de la pupille trop considérable, car cette dilatation serait un inconvénient pour la pratique de l'opération par abaissement, et exposerait, dans les manœuvres, à engager le cristallin dans la chambre antérieure.

Il n'y a, à proprement parler, que deux méthodes pour la cure de la cataracte, *l'abaissement et l'extraction :* car le *broiement* est un pis-aller qu'on n'accepte que quand on ne peut pas faire autrement. Ce qui prouve, avec évidence, que les chirurgiens, en général, ont apprécié les méthodes opératoires de la cataracte comme je viens de le faire, c'est le discrédit complet dans lequel est tombée la kératonixis qui n'est plus employée que dans des cas très-exceptionnels :

quand les yeux sont petits, fortement enfoncés dans l'orbite, et quand la cataracte est évidemment pulpeuse ou aqueuse.

Quelque méthode que l'on emploie, il convient d'abord d'établir : 1° la position du malade ; 2° du chirurgien ; et 3° les moyens de fixer l'œil.

1° Le malade doit être placé dans un appartement bien éclairé, vis-à-vis la principale fenêtre, assis sur une chaise solide et de moyenne élévation ; la tête renversée légèrement en arrière et soutenue par un aide qui est chargé en même temps d'élever la paupière supérieure ; le corps recouvert jusqu'au cou par un drap plié en plusieurs doubles, afin de maîtriser plus facilement les membres supérieurs : l'œil qu'on n'opère pas, ou que l'on doit opérer le dernier, doit être recouvert d'un gros bourdonnet de charpie soutenu par une longuette que l'on fixe en arrière au bonnet du malade. Cette compression est destinée à fixer l'œil que l'on recouvre, et à rendre par conséquent moins mobile celui que l'on va opérer, car les yeux sont habitués à se mouvoir ensemble. Dupuytren opérait les malades dans leur lit, mais cette pratique n'a pas été généralement adoptée.

2° Le chirurgien peut être placé debout devant le malade, ou bien assis sur une chaise ; mais dans cette position, quoique placé plus solidement pour la main qui opère, il est aussi moins libre de ses mouvements, et les praticiens préfèrent généralement opérer debout. Il convient d'opérer l'œil gauche avec la main droite, et l'œil droit avec la main gauche, à moins que, comme on l'a conseillé dans ces derniers temps, le chirurgien veuille se placer derrière le malade pour opérer l'œil droit de la main droite.

3° On a senti de tous temps les inconvénients de la mobilité de l'œil pendant les opérations qu'on est appelé à pratiquer sur lui, et beaucoup de chirurgiens se sont occupés des moyens propres à le fixer ; mais malgré le nombre considérable d'instruments inventés pour arriver à ce but, il en est peu qui ne présentent des inconvénients réels, et il n'en est pas qui remplissent l'indication de fixer l'œil complètement. Un seul a été adopté généralement : c'est *le crochet de Pellier*, au moyen duquel un aide relève avec sûreté la paupière

supérieure, tandis que le chirurgien abaisse l'inférieure, et fixe par une douce pression le globe de l'œil au moyen de l'indicateur et du médius de la main gauche.

### *MÉTHODE PAR ABAISSEMENT.*

Le petit appareil nécessaire à cette opération se compose :

1° D'une aiguille à cataracte (celle de Scarpa ou de Dupuytren);

2° Du crochet de Pellier;

3° D'une longuette, d'un gros bourdonnet de charpie, et d'un bandeau fenêtré pour le nez;

4° D'un peu d'huile ou de cérat pour graisser l'aiguille avant l'opération;

5° Il est convenable d'avoir une boîte complète à cataracte où se trouvent les instruments pour l'extraction; car il pourrait arriver, par accident, que le cristallin passât dans la chambre antérieure, et que l'on fût obligé de faire la section de la cornée pour le faire sortir.

Les choses étant ainsi disposées, l'opérateur saisit l'aiguille comme une plume à écrire, s'appuie sur la pommette avec le petit doigt de la main, et enfonce la pointe de l'instrument dans la sclérotique, la convexité de l'aiguille tournée en haut, à une ligne environ en dehors de la cornée transparente, un peu en dessous de l'extrémité externe du diamètre transverse de la cornée. L'aiguille pénètre ainsi dans la chambre postérieure, entre l'iris et le corps vitré, puis entre l'iris et le cristallin jusqu'au centre de la pupille, ce dont on s'assure par la vue; car l'instrument apparaît en arrière de la pupille : il tourne alors la concavité de l'aiguille en arrière, et par des mouvements en arc de cercle, doux et ménagés, il déchire la cristalloïde antérieure; il appuie ensuite la concavité de l'aiguille sur la face antérieure du cristallin, et, dans un mouvement de bascule, il l'entraîne en bas, en arrière et en dehors, soit simplement entre l'iris et le corps vitré, soit dans une déchirure faite préalablement au corps vitré, comme le conseille M. Bretonneau.

On a conseillé aussi de déprimer le cristallin en appuyant la concavité de l'aiguille sur son bord supérieur, et en le portant dans la partie inférieure de la chambre antérieure, par un mouvement dans lequel le bord supérieur du cristallin devient postérieur et la face antérieure devient supérieure. C'est là ce qu'on a appelé *réclinaison.*

Si le cristallin est mou, on le broie aussi complètement que possible avec l'aiguille, et on en fait passer les lambeaux dans la chambre antérieure, non pas, comme le dit Scarpa, parce qu'ils sont mieux absorbés dans cette chambre que dans l'autre, ce qui n'est pas prouvé, mais parce que là ils ne peuvent ni fatiguer ni léser la rétine. S'il est aqueux, on se borne à entraîner les lambeaux de cristalloïde hors de l'axe visuel.

Après l'abaissement accompli, on retire doucement l'aiguille, la pointe et la concavité en bas, jusqu'à ce qu'elle soit hors du globe de l'œil. L'aide abandonne en même temps la paupière supérieure en la dégageant du releveur. Les yeux du malade sont recouverts par un bandeau, et il est reconduit à son lit.

## *MÉTHODE PAR EXTRACTION.*

L'appareil qui sert à cette opération comprend, savoir :

1° Un couteau (de Wenzel ou de Richter) ;

3° Un kystitome qu'on peut remplacer avec avantage par une aiguille à cataracte ;

3° La curette en argent, de Daviel ;

4° De petites pinces ;

5° De petits ciseaux ;

6° Le releveur de Pellier ;

7° Une compresse longuette, un gros bourdonnet de charpie et un bandeau ;

8° Un peu d'huile ou de cérat.

Toutes ces choses étant préparées, et le malade disposé convenablement, le chirurgien saisit le couteau comme l'aiguille à cataracte

dans l'abaissement, et incise la demi-circonférence inférieure de la cornée, en portant la pointe de l'instrument à une ligne en dedans de l'extrémité du diamètre transverse de la cornée; il fait pénétrer ensuite le couteau de dehors en dedans, et le porte rapidement vers le bas pour terminer l'incision, que l'on doit maintenir, dans toute son étendue, à une ligne de l'insertion de la cornée à la sclérotique.

Wenzel a proposé une incision oblique de la cornée comprenant une demi-circonférence prise dans les directions en dehors et en bas.

D'autres auteurs, au nombre desquels se trouvent Beer, Richter, Jœger, Grœfe, etc., etc., ont proposé l'incision de la moitié supérieure de la cornée.

Ces deux modifications peuvent être adoptées sans grande difficulté; toutefois la dernière rend la sortie du cristallin très-pénible. Il est vrai qu'elle expose moins au videment de l'œil, à la sortie de l'humeur aqueuse ou d'une partie du corps vitré, même à la hernie de l'iris, comme on l'observe quelquefois avec l'incision inférieure ou inférieure et externe.

L'incision de la cornée achevée, l'opérateur laisse un moment reposer le malade, éponge doucement, avec un linge fin, le peu d'humeur aqueuse sortie par l'ouverture faite à la cornée, après quoi il déchire la cristalloïde, soit avec une aiguille à cataracte, soit avec le kystitome. Le cristallin se précipite habituellement dans la chambre antérieure à ce temps de l'opération, et sort par l'incision faite à la cornée. S'il était retenu en place, le chirurgien se servirait de la curette de Daviel ou des petites pinces pour l'entraîner à l'extérieur.

Dans toutes ces manœuvres, l'opérateur doit être servi avec intelligence par l'aide qui relève la paupière : celui-ci doit avoir la plus grande attention de ne pas comprimer le globe de l'œil avec le releveur, de laisser tomber rapidement la paupière après la section de la cornée, et, en second lieu, après la sortie du cristallin quand l'opération est terminée.

S'il restait quelques lambeaux flottants de la cristalloïde, il conviendrait de les détacher avec le kystitome ou l'aiguille à cataracte, ou bien avec les pinces ou les ciseaux.

Les yeux du malade sont ensuite recouverts par un bandeau comme dans l'abaissement, avec la recommandation expresse de ne pas les ouvrir.

Je ne ferai que mentionner ici la kératonixis, qui consiste à broyer le cristallin avec l'aiguille ordinaire de l'abaissement par une ponction faite à la cornée au niveau du bord inférieur de la pupille dilatée. J'ai déjà donné l'application de cette méthode opératoire, en la caractérisant comme le pis-aller, qu'il ne faut employer qu'en dernier ressort, et lorsque les autres méthodes sont inapplicables.

Quant aux méthodes par *abaissement* et par *extraction*, elles ont été mises en parallèle par une foule d'auteurs, et chacun a fait pencher la balance pour l'une ou pour l'autre, selon ses idées particulières ou suivant ses préventions. Il semble, malheureusement, que les hommes sont entraînés à défendre de tout leur pouvoir ce qu'ils ont d'abord adopté quelquefois seulement par imitation, et qu'ils protègent bon ou mauvais, comme un père aveugle qui n'a des yeux que pour ses enfants, quels que soient leurs défauts.

Pour ma part, je crois que les deux méthodes peuvent être employées indifféremment dans beaucoup de cas, surtout quand les cristallins sont durs, qu'il n'y a pas de complication, et que rien, dans le malade, n'indique qu'il soit disposé aux inflammations; toutefois, quand cette disposition existe, ou quelque complication qui puisse faire craindre des accidents consécutifs, il faut adopter la méthode par abaissement, parce qu'elle est plus facile et moins laborieuse. Il faut également rejeter l'extraction d'une manière irrévocable, quand on peut apprécier d'avance que la cataracte est molle ou aqueuse. L'opinion que j'exprime sur les méthodes opératoires de la cataracte est également celle de Beer dont on ne récusera pas l'autorité pour ce qui regarde les maladies des yeux : cet oculiste célèbre professe qu'en fait d'opération, pour la cataracte, il faut n'en adopter exclusivement aucune, mais se servir de la plus convenable, suivant les cas qui peuvent se présenter.

Les soins consécutifs à donner au malade après l'opération sont de la plus haute importance. Il convient toujours de saigner après

avoir opéré, à moins de contre-indications manifestes. Si le malade éprouve de la douleur, s'il survient de la rougeur à l'œil ou aux yeux opérés, il faut saigner *à fortiori*, et même renouveler la saignée à plusieurs reprises si cela est nécessaire. Les sangsues appliquées sur les tempes ou sur les côtés du cou peuvent être également d'un grand secours. Si ces moyens ne suffisent pas pour arrêter les accidents, il faut en venir à employer les dérivatifs puissants : purgatifs, vésicatoires derrière les oreilles, séton à la nuque, etc.

Si l'inflammation persiste avec intensité, et que la suppuration du globe de l'œil en soit la conséquence, il peut être indiqué, quand le malade souffre des douleurs atroces, de débrider et d'opérer le videment de l'œil par une incision cruciale. Il arrive quelquefois que les douleurs consécutives sont occasionnées par une irritation du système nerveux, alors l'emploi des opiacés et des antispasmodiques est indiqué. M. Serre se sert avec avantage de l'extrait de jusquiame blanche, préférablement à l'opium qui paraît disposer aux congestions cérébrales.

Dans les cas ordinaires, quand l'opération n'est pas suivie d'accidents, il ne faut donner au malade des aliments qu'avec la plus grande prudence et plusieurs jours après l'opération. Il convient de ne présenter l'œil à la lumière qu'avec précaution, et de conseiller ensuite au malade de faire usage de lunettes convexes pour suppléer au corps réfringent dont son œil vient d'être privé.

# SCIENCES ACCESSOIRES.

## QUELS SONT LES CARACTÈRES DES EAUX MINÉRALES SULFUREUSES ?

Le caractère qui distingue spécialement ces eaux, c'est de contenir de l'acide hydrosulfurique libre ou combiné. On les reconnaît facilement à leur grande fétidité qui se rapproche de l'odeur d'œufs pourris, à leur saveur douce, fade, nauséabonde, oléagineuse, à la propriété qu'elles ont de brunir ou de noircir les métaux blancs, tels que l'argent, le plomb, le bismuth, l'antimoine, le mercure, et de précipiter en noir l'acétate de plomb, propriétés qu'elles perdent cependant quand elles ont éprouvé quelque temps le contact de l'air libre.

Presque toutes ces eaux sont thermales à différents degrés ; elles charrient généralement un principe onctueux auquel on a donné tour à tour le nom de barégine, de zoogène et de glairine, qui se dépose sur le bord des bassins, enduit les cuves et les pavés des bains. Parmi les thermales, ce sont les eaux de Barèges, de Saint-Sauveur, de Cauterets, de Bonnes, de Bagnères-de-Luchon, d'Ax, d'Olelle, de Molitz, d'Aix en Savoie, d'Aix-la-Chapelle, des deux Bades, etc., etc. Parmi les froides, ce sont les eaux d'Enghein ou de Montmorency, Labasserre, etc., etc.

# ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

QUEL EST LE MODE D'UNION DES CARTILAGES ARTICULAIRES AVEC L'EXTRÉMITÉ DES OS ?

La nature ne suit pas, pour l'union des parties, des modes différents, soit que la division soit naturelle ou accidentelle. Toujours, quand doit s'opérer une réunion, il se fait entre les parties un épanchement d'albumine disposée en couches. Cette albumine se concrète, se trame de vaisseaux de nouvelle formation qui, s'inoculant avec les vaisseaux des bords divisés, établissent ainsi une vascularisation continue.

Dans l'espèce qui fait le sujet de la question, les vaisseaux de l'épiphyse se mettent en communication avec ceux de la diaphyse, par l'intermédiaire de la couche d'albumine épanchée et organisée entre les surfaces. Cette couche se condense de plus en plus, arrivée à l'état cartilagineux et puis osseux, en opérant peu à peu toutes les fois la fusion et la réunion solide de l'épiphyse et de la diaphyse.

# SCIENCES CHIRURGICALES.

## QUELLES SONT LES CAUSES, LES SYMPTÔMES ET LE TRAITEMENT DE LA BLÉPHARITE GLANDULEUSE ?

La blépharite glanduleuse est une variété très-remarquable de l'inflammation des paupières; elle consiste dans l'inflammation du bord libre des paupières et des follicules qui portent les bulbes des cils, et spécialement des glandes de Meibomius.

Causes. — Miasmes putrides, émanations ammoniacales, humidité atmosphérique, fatigue de l'organe de la vision par des travaux qui exigent beaucoup d'attention, par les veilles à la lumière artificielle. Il faut joindre à ces causes toutes les causes irritantes qui peuvent produire l'inflammation ordinaire des paupières. Les professions de tanneur, de vidangeur, de boulanger, etc., etc., y exposent surtout beaucoup. On observe encore la blépharite glanduleuse chez les hommes adonnés au vin, qui font habituellement usage d'aliments épicés, et surtout chez ceux qui sont en même temps atteints d'affections dartreuses.

Symptômes. — Rougeur et gonflement du bord des paupières; irritation concomitante de la conjonctive palpébrale; sécrétion abondante, épaisse, jaunâtre des glandes de Meibomius, qui invisque les cils, change leur direction et colle ensemble les paupières; irritation propagée au sac lacrymal par les points et les conduits lacrymaux; tumeur lacrymale, écoulement des larmes sur la joue.

Quand la maladie se prolonge : ulcérations irrégulières du bord des paupières; viciation de la direction des cils; trichiasis; chute complète des cils; ophthalmie externe chronique.

Traitement. — Toujours difficile : écarter les causes qui ont donné lieu à la maladie; éloigner les malades des miasmes putrides ou am-

moniacaux ; leur conseiller de ne pas fatiguer la vue à des travaux minutieux, à la lumière artificielle ; habitation d'un pays sec.

Emploi des antiphlogistiques, saignée, sangsues ; lotions laudanisées et émollientes ; régime doux ; bains sulfureux quand on soupçonne que la maladie est sous l'influence d'une affection dartreuse. Dérivatifs : vésicatoire derrière les oreilles ; séton à la nuque, etc.

# SCIENCES MÉDICALES.

---

FAIRE CONNAÎTRE LES CAUSES, DÉCRIRE LA MARCHE ET LES SYMPTÔMES DE LA FIÈVRE MILIAIRE.

Les auteurs s'accordent à dire que les causes de la fièvre miliaire sont généralement peu connues. On l'observe toutefois souvent dans les lieux bas et humides, chez les femmes en couches. Les aliments de mauvaise nature, l'habitation des pays marécageux, le voisinage des rivières, l'abus des sudorifiques, la produisent dans beaucoup de circonstances. On a observé encore que le tempérament scrofuleux, et en général la faiblesse de la constitution, prédisposaient à cette maladie.

Dans beaucoup de cas, la fièvre miliaire est précédée de la fièvre d'incubation; mais, dans quelques circonstances aussi, elle se développe inspontanément, précédée seulement par des sueurs et par un sentiment de picotement et de démangeaison à la peau. L'éruption peut offrir trois formes principales : tantôt ce sont de petits boutons coniques rouges sur une aréole de même couleur ; d'autres fois ce sont des vésicules transparentes remplies de sérosité sur une aréole rouge ; enfin, quelquefois ces vésicules existent seules, et n'ont pas d'aréole. Le pouls est habituellement plein et mou pendant le cours de la maladie ; il reprend peu à peu son rhythme normal vers la fin, quand la desquamation de l'épiderme approche. La fièvre miliaire dure habituellement de sept à huit jours.

FIN.